

インフルエンザ

0.25 (3 歳未満) 0.5 東振協 あまの

金額 _____ (記入しないでください)

1 回目/2 回目(どちらか○で囲む)

Lot.シール貼り付け部
()

お名前: _____

今日の日付: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ カ月

現在の体温: _____ °C

ご質問	おおむねの事情	
1 ヶ月以内に予防接種を受けていますか。	☐ はい (月 日に を受けた)	☐ いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか。	☐ はい ()	☐ いいえ
1 ヶ月以内に病気にかかっていますか。	☐ はい (頃 になった)	☐ いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	☐ はい (頃 と言われた)	☐ いいえ
鶏卵や鶏肉でじんましん、アレルギーになったことはありますか。 基準 17.5 以下(スコア 3)	☐ はい しかし現在食べている。 ☐ はい 全く食べていない。 (で が出た) 分かる方は検査スコアを記載して下さい。 実際の数値()もしくはスコア()	☐ いいえ
今までにインフルエンザワクチンを接種して、体の具合が悪くなったことはありますか。	☐ はい ()	☐ いいえ ☐ 今回初めて接種

インフルエンザの予防接種を希望します ☐ はい ☐ いいえ

保護者(またはご本人)のご署名: _____

医師の署名または印: _____ ⑩